

ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยในเขตเมือง:
กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่

Health status and dependency of Thai elderly
in an urban area: Hat Yai Municipality

ศิริมาศ ภูมิไชยา¹

Sirimas Phoomchaiya

แสงอรุณ อิศระมาลัย²

Sang-arun Isaramalai

ชนิษฐา นาคะ³

Kanittha Naka

Abstract

This survey research aimed to explore the health status and dependency of the elderly in Hat Yai municipal area. Multi-stage random

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
Master student, Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University,
Hat Yai Campus

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่

Assistant Professor, Ph.D., Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of
Songkla University, Hat Yai Campus

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่

Assistant Professor, Ph.D., Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla
University, Hatyai Campus

sampling was used to recruit 400 elderly who were community dwellers in Hat Yai City. The data were collected using five sets of questionnaire: 1) personal profile, 2) physical health status, 3) functional ability (Barthel ADL index and Chula ADL index), 4) depression screening questions (2Q/9Q) and Abbreviated Mental Test (AMT), and 5) social and environmental health survey. All questionnaires were evaluated for their content validity by a panel of 3 experts and their reliability was examined using interrater evaluation (average percentage of agreement = 99.0%). The data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results revealed that over half of the elderly (59.1%) perceived that they had moderate health status (no/well controlled chronic illness). Most were obese ($BMI > 22.9 = 67\%$) and had above-normal waist circumference (65.8%), had underlying diseases (75.3%) and experienced at least one symptom in the past month (72.0%), had no fall (90.6%) or accident (98.7%) in the past year, performed regular exercise (70.8%), and had no risky behaviors (95.8%), no depression (95%) and no other mental health problem (89.7%).

Considering their activities of daily living (ADL) index, 96.8% were socially-bound ($ADL > 12$). 2.2% were bed-bound ($ADL 0-4$), and only 1.0% were home-bound ($ADL 5-11$), whereas 30.8% were dependent on others to do outdoor activities. More than half (53%) had a balanced budget. Most had children as caregivers (83.0%), received continuous

care from their family members (92.0%), and had appropriate living arrangement (81.5%), but 18.5% had no suitable toilet. Almost half (49.5%) participated in community activities.

Keywords: Elderly, health status, dependency, municipality, urban

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 400 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากทะเบียนราษฎร์ เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินสุขภาพกาย 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและสภาพสมอง และ 5) แบบประเมินสุขภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงจากความเท่าเทียมกันของการสังเกต (ร้อยละ 99) เก็บข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่ละราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย พบว่า กว่าครึ่งรับรู้ว่ามีสุขภาพระดับปานกลาง (ไม่มี/มีโรคประจำตัวแต่ควบคุมได้) (ร้อยละ 59.1) ร้อยละ 67 มีภาวะอ้วน ($BMI > 22.9$) รอบเอวมากกว่าปกติร้อยละ 65.8 มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.3) และอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 72) ไม่เคยหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 90.6) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 70.8 ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (ร้อยละ 95.8) และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 95 การทำงานของสมองปกติ ร้อยละ 89.7 เป็นกลุ่มแข็งแรงดี ($ADL > 12$) (ร้อยละ 96.8) นอนติดเตียง ($ADL 0 - 4$) (ร้อยละ 2.2) และกลุ่มติดบ้าน ($ADL 5 - 11$) ร้อยละ 1 แต่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมนอกบ้าน ร้อยละ 30.8 มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 53) มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 83.0) บุคคลในครอบครัวดูแลต่อเนื่อง (ร้อยละ 92) สภาพบ้านเหมาะสม

(ร้อยละ 81.5) แต่ร้อยละ 18.5 ไม่มีส่วนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 49.5 มีสถานภาพในชุมชนเพียงผู้ร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ ภาวะพึ่งพา เทศบาล ชุมชนเมือง

บทนำ

ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายเป็นผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประชากรกลุ่มนี้ (Thongdee et al., 2013, pp. 88 - 99) โดยโรคเรื้อรังนั้น มักนำไปสู่ภาวะพึ่งพา ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการใช้ชีวิตประจำวันจากผู้อื่น (Pothiban et al., 2010) จากสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น เห็นได้จากการสำรวจในปี 2552 พบผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพารุนแรงจำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่าในปี 2567 ในขณะที่ครอบครัวไทยมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง โดยมีสาเหตุทั้งจากการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมือง และการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกร้านของสตรี จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเอง หรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13 (Srithamrongsawat & Boontham Charen, 2010)

ในปี พ.ศ. 2554 กรมอนามัยจึงได้กำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีการดูแลผู้สูงอายุแบบระยะยาวในระดับพื้นที่ อย่างน้อยสำหรับกลุ่มที่มีระดับการพึ่งพาในระดับรุนแรง ข้อมูลภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในทุกมิติจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินการให้ สามารถบรรลุเป้าหมายได้ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ให้ความสำคัญกับข้อมูลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อใช้ในการป้องกันและรักษาโรคในสถานบริการเท่านั้น (Boongird, 2009,

pp. 32 - 36) ในขณะที่ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้น ส่วนใหญ่หน่วยงานด้านการปกครองจะทำการประเมินไว้ แต่ข้อมูลได้นำมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพน้อยมาก เนื่องจากขาดการประมวลข้อมูลร่วมกัน อีกทั้งภาวะพึ่งพาที่พบในผู้สูงอายุยังพบได้หลายด้าน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในแต่ละด้านย่อมต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน ทั้งทรัพยากรและงบประมาณ (Pothiban et al., 2010) ดังนั้น เพื่อให้มีการบริหารจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรและงบประมาณในปัจจุบัน จึงควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม และการประเมินภาวะพึ่งพาเพื่อการจำแนกผู้สูงอายุที่มีระดับพึ่งพาที่แตกต่างกัน

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนเป็นองค์รวม (comprehensive geriatric assessment [CGA]) (Assantachai, 2011, pp. 1 - 13) ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 4 มิติ คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย 2) การประเมินสุขภาพจิตและการทำงานของสมอง 3) ความสามารถในการทำหน้าที่ และ 4) สุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมนั้น สามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุทั่วไปและที่เจ็บป่วย จึงสามารถนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ ทั้งนี้เพราะแบบประเมินได้มีการออกแบบให้มีความหลากหลายเพื่อความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุทั้งในชุมชน โรงพยาบาล และสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย (Aroonsang, 2011a)

สำหรับการประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุนั้น ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุไว้หลายวิธี โดยจำแนกด้วยเกณฑ์ตามเป้าประสงค์ของหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งจะเน้นภาวะพึ่งพาทางด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นสำคัญ แต่ผู้สูงอายุไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว หากยังมีการ

เปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นเหตุให้บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยได้จำแนกภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุไว้ 4 มิติ คือ 1) ภาวะพึ่งพาด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน 2) ภาวะพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ 3) ภาวะพึ่งพาด้านสุขภาพ และ 4) ภาวะพึ่งพาด้านสังคมและจิตใจ (Boontham Charen, 2009, pp. 1 - 12) ซึ่งภาวะพึ่งพาในทุกมิติจะมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันและการจำแนกดังกล่าวจะทำให้ทราบความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุแต่ละคนได้อย่างชัดเจน สามารถจัดการให้การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชุมชนเมือง

ลักษณะของคนในสังคมเมืองจะมีความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนบ้านน้อย โดยเฉพาะคนที่อยู่อาศัยในรูปแบบของคอนโดมิเนียม อพาร์ทเมนต์ หรือห้องเช่า เป็นลักษณะที่ไม่เอื้อต่อการทำให้ผู้อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กันมากนัก อีกทั้งการใช้ชีวิตในเขตเมืองมีการช่วยเหลือกันในระบบเครือญาติค่อนข้างน้อย เพราะต่างเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีการย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงาน ลักษณะเช่นนี้มีผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งสถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ศึกษาเปรียบเทียบสภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่ต้องทำงานหารายได้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันโดยไม่ได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรหลาน และมีโอกาสได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่แย่กว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท อีกทั้งยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยในบ้านของตนเองหรือบุตรหลาน แต่ต้องอาศัยบ้านของผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้นย่อมส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการใช้ชีวิตประจำวัน

เทศบาลนครหาดใหญ่ เป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ มีพื้นที่ 21 ตารางกิโลเมตร ประชากร ณ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 มีจำนวน 159,563 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ

จำนวน 21,374 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 ของประชากรทั้งหมด (The Bureau of Registration Administration Hat Yai Municipal, 2016) ซึ่งถือว่าเป็นสังคมสูงอายุ (United Nations, 2002) และจากสภาพความเป็นเมืองที่เป็นศูนย์กลางทางด้านเศรษฐกิจและการศึกษาที่สำคัญของภาคใต้ตอนล่าง จึงมีการอพยพย้ายถิ่นของแรงงานจากจังหวัดใกล้เคียงเข้ามาทำงานในหาดใหญ่มากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาความแออัดของที่อยู่อาศัย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพทางสังคม รวมถึงปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ปัญหาความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุก็นับว่าขึ้นอยู่กับสภาพความเป็นเมืองของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีการกระจายของประชากรและวิถีชีวิตตามบริบทที่แตกต่างกันใน 3 ลักษณะพื้นที่ ได้แก่ 1) เขตเมือง เป็นพื้นที่ใจกลางเมืองหาดใหญ่ ย่านธุรกิจการค้า ตลาด โรงแรม ห้างสรรพสินค้า 2) เขตแออัด เป็นส่วนรอบ ๆ ที่ถัดมาจากย่านธุรกิจการค้าเป็นลักษณะอาคารที่อยู่ติด ๆ กันอย่างหนาแน่น คับแคบเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ ประชาชนส่วนใหญ่มักเป็นแรงงานย้ายถิ่น และ 3) เขตกึ่งเมือง เป็นส่วนที่อยู่รอบนอกสุด เป็นลักษณะของที่อยู่อาศัย อาจเป็นบ้านเดี่ยวที่มีบริเวณ หรือเป็นทาวเฮาส์หลังติดกัน ประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนดั้งเดิม มีเครือญาติอาศัยอยู่ในละแวกเดียวกัน ดังนั้นเทศบาลนครหาดใหญ่จึงเป็นตัวอย่างของเมืองใหญ่ที่มีความสำคัญต่อการสำรวจภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน และกำหนดนโยบาย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ใน 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจและการทำงานของสมอง 3) ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

คำถามการวิจัย

ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ เป็นอย่างไร ทั้งใน 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน ประวัติการหกล้ม น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว โรคและอาการเจ็บป่วย รวมถึงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่ เป็นต้น 2) ด้านจิตใจ และการทำงานของสมอง ได้แก่ ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับการรู้คิด 3) ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และ 4) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ภาวะทางเศรษฐกิจ แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นประชากรที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 400 คน ซึ่งได้จากสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973 as cited in Srisatidnarakul, 2010) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2558 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ 1) การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 15 กลุ่มตามพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนครหาดใหญ่

2) การสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 กลุ่มตามลักษณะการกระจายของประชากร และวิธีชีวิตตามบริบทของพื้นที่ ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ พื้นที่เขตเมือง (ย่านธุรกิจการค้า) ชุมชนแออัด และชานเมือง (กึ่งเมือง) 3) การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขจาก 3 กลุ่มลักษณะพื้นที่โดยไม่ใส่คืน 4) การสุ่ม กลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรแต่ละชั้น (proportionate stratified random sampling) เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละศูนย์ฯมีไม่เท่ากันจึงต้องคำนวณจำนวนผู้สูงอายุที่จะใช้ในการศึกษาของทั้ง 3 ศูนย์ตามสัดส่วน 5) การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) อีกครั้ง โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เลือกชุมชนในแต่ละศูนย์ฯที่เลือกไว้ในขั้นตอนที่ 3 6) คัดเลือกตัวอย่างในชุมชน (case finding) โดยการเดินสำรวจชุมชน และเรียนเชิญผู้สูงอายุและญาติที่ตรงตามคุณสมบัติด้วยความสมัครใจในชุมชนที่จับฉลากได้จากขั้นตอนที่ 5 จนได้จำนวนผู้สูงอายุครบตามที่ต้องการ หากสำรวจจนครบทุกบ้านในชุมชนที่ 1 แล้ว จำนวนกลุ่มตัวอย่างยังไม่เพียงพอตามการคำนวณในข้อที่ 4 ให้จับฉลากเลือกชุมชนตามขั้นตอนที่ 5 และดำเนินการตามขั้นตอนที่ 6 ต่อจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษาเครื่องมือวิจัยมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ผ่านมา ได้แก่ แบบประเมินบาร์เรลเอดีแอล และดัชนิจูฟาเอดีแอลของ Jitapunkul, 1998 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกระทรวงสาธารณสุข และแบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่ายของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services, 2005) รวมถึงเครื่องมือที่ปรับลักษณะข้อคำถามตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวน

วรรณกรรม ได้แก่ แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนเป็นองค์รวม (comprehensive geriatric assessment [CGA]) (Rubenstein, 1984) การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ และปัญหาความเป็นอยู่ในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ (health profile) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นำมาจัดทำเป็นชุดเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินสุขภาพกายของผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 4) แบบประเมินสุขภาพจิตใจและสภาพสมองของผู้สูงอายุ และ 5) แบบประเมินสุขภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ นักวิชาการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้ค่า CVI = 0.97 และหาความเที่ยงด้วยการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (inter-rater reliability) โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือกับผู้สูงอายุจำนวน 10 คน เทียบกับผู้วิจัย ได้ค่าเท่ากับ 0.99

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ นำเสนอโครงร่างวิจัยและรับการตรวจสอบจากกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จากนั้นจึงขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากเทศบาลนครหาดใหญ่ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข และหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่เป้าหมาย เพื่อตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และช่วยประสานงานอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านในพื้นที่ จากนั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ที่เรียนจบระดับปริญญาตรีในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยอธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการเก็บข้อมูล แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่งในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยสาธิตแก่ผู้ช่วยวิจัย ตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอความร่วมมือ การให้ลงชื่อในใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนปฏิบัติการ ดำเนินการเก็บข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เก็บข้อมูลแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเป็นผู้นำทาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการเก็บข้อมูล และให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ตามความสมัครใจ โดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมในใบพิทักษ์สิทธิ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยอ่านให้ฟังแล้วให้เลือกตอบ ซึ่งเริ่มคัดกรองความสามารถในการรับรู้และสติปัญญา ด้วยแบบทดสอบการทำงานของสมองก่อน หากผลการทดสอบผิดปกติ จะดำเนินการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุแทน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลจากส่วนที่ 1 ไปตามลำดับจนครบทั้ง 5 ส่วน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ครบถ้วนทุกครั้ง รวมใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเฉลี่ย 45 นาทีต่อ 1 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้นำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่
- 2) ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์
- และ 3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70 ปี (SD = 7.53) สูงสุด 93 ปี กว่าครึ่งหนึ่งมีอายุต่ำกว่า 70 ปี (ร้อยละ 51.5) รองลงมาอายุ 70 - 79 ปี (ร้อยละ 35.25) และอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 13.25) ตามลำดับ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.7) มากกว่าชาย (ร้อยละ 36.3) ส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.8) มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่นับถือศาสนาคริสต์และอิสลาม มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 63.5) รองลงมาเป็นหม้าย (ร้อยละ 27.5) และมีเพียงร้อยละ 9 ที่เป็นโสด และหย่า/แยก ทั้งนี้พบว่าเป็นกลุ่มที่เรียนจบระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 60) และส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ (ร้อยละ 87) กว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ทำงานอาชีพ (ร้อยละ 54) และไม่ได้มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในอำเภอหาดใหญ่ (ร้อยละ 64.8) ทั้งนี้ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ (ร้อยละ 79) โดยกว่าครึ่งหนึ่งได้รับข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สาธารณสุขในเขตที่ตนอาศัยอยู่ (ร้อยละ 54.8) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 400)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี) (Max = 93, Min = 60, M = 70.35, SD = 7.53)	
60 - 69	206 (51.5)
70 - 79	141 (35.3)
80 - 93	53 (13.2)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	255 (63.7)
ชาย	145 (36.3)
ศาสนา	
พุทธ	395 (98.8)
อื่นๆ	5 (1.2)
สถานภาพสมรส	
คู่	254 (63.5)
หม้าย	110 (27.5)
โสด/หย่า/แยก	36 (9.0)
อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน (งานที่ทำเพื่อหารายได้)	
ไม่ได้ทำงาน	216 (54.0)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	68 (17.0)
ข้าราชการเกษียณ/บำนาญ	58 (14.5)
ลูกจ้าง/งานบริการ	44 (11.0)
เกษตรกรรวม	6 (1.5)
อื่น ๆ (เก็บของเก่า ดูดวง มัคคุเทศน์ นวด)	8 (2.0)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	45 (11.3)
ประถมศึกษา	240 (60.0)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
สูงกว่าประถมศึกษา	115 (28.7)
ความสามารถในการอ่านเขียน	
อ่านออก เขียนได้	348 (87)
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้	39 (9.8)
อ่านออก เขียนไม่ได้	13 (3.3)
ลักษณะภูมิสำเนาเดิม	
อำเภอหาดใหญ่	141 (35.2)
จังหวัดอื่น	133 (33.3)
อำเภออื่นในจังหวัดสงขลา	126 (31.5)
แหล่งข้อมูลบุคคลด้านสุขภาพ	
ไม่เคยได้รับเลย	84 (21.0)
เคยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	316 (79.0)
เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำศูนย์	219 (54.8)
อสม.	77 (19.3)
แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก/โรงพยาบาล	37 (9.3)
อื่น ๆ (บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน สื่อโทรทัศน์)	13 (3.3)

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จะนำเสนอใน 4 มิติ ตามลำดับ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจและการทำงานของสมอง 3) ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

1. ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพิงทางด้านร่างกาย

ผลการศึกษาในส่วนนี้ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการประเมิน ภาวะสุขภาพ (น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว โรคและอาการเจ็บป่วย) ประวัติการหกล้ม และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลสุขภาพด้านร่างกาย (N = 400)

สุขภาพด้านร่างกาย	จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	399*
ปานกลาง	236 (59.1)
แข็งแรงดีมาก	87 (21.8)
ค่อนข้างอ่อนแอ/ไม่ค่อยดี	69 (17.3)
อ่อนแอ/ไม่ดี	7 (1.8)
การรับรู้สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน	
ดีกว่า	222 (55.6)
เท่ากัน	137 (34.4)
ด้อยกว่า	40 (10.0)
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	400
ไม่มี	99 (24.8)
มี	301 (75.3)
ความดันโลหิตสูง	210 (52.5)
เบาหวาน	90 (22.5)
ไขมันในเลือดสูง	42 (10.5)

สุขภาพด้านร่างกาย	จำนวน (ร้อยละ)
เก๊าท์/ข้อเสื่อม	39 (9.8)
โรคหัวใจ	30 (7.5)
โรกระบบทางเดินอาหาร	23 (5.8)
โรคหลอดเลือดสมอง	18 (4.5)
โรกระบบต่อมไร้ท่อ	16 (4.0)
โรกระบบประสาท	14 (3.5)
โรคปอด/หอบหืด	6 (1.5)
อัลไซเมอร์/สมองเสื่อม	5 (1.3)
โรคมะเร็ง	4 (1.0)
โรคทางจิตเวช	4 (1.0)
โรคอ้วน	1 (0.3)
การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	400
ไม่เคย	362 (90.6)
เคย	38 (9.4)
สาเหตุการหกล้ม	38
สะดุด	13 (34.2)
ลื่น	6 (15.8)
หน้ามืด	4 (10.5)
ก้าวบันไดพลาด	4 (10.5)

สุขภาพด้านร่างกาย	จำนวน (ร้อยละ)
ขาอ่อนแรง	4 (10.5)
อื่นๆ (หยอดตา/ลูกเปลี่ยนท่า)	7 (18.5)
ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพร่างกาย	397**
น้ำหนัก (Max = 97, Min = 33, M = 61.29, SD = 11.04)	
ส่วนสูง (Max = 183, Min = 130, M = 156.96, SD = 8.46)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	397**
ต่ำกว่ามาตรฐาน (< 18.5)	18 (4.5)
ปกติ (18.5-22.9)	113 (28.5)
อ้วนระดับ (> 23)	266 (77.0)
รอบเอว (ซม.)	397**
ชาย	143
< 90	72 (50.3)
> 90	71 (49.7)
หญิง	254
< 80	63 (24.8)
> 80	191 (75.2)
อาการเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	400
ไม่มี	112 (28.0)
มี	288 (72.0)
อาการเจ็บปวดบริเวณต่างๆ	159 (39.8)

สุขภาพด้านร่างกาย	จำนวน (ร้อยละ)
นอนไม่หลับ/หลับไม่สนิท	103 (25.8)
เห็นไม่ชัด	94 (23.5)
ชาปลายมือปลายเท้า	88 (22.0)
มีนเวียนศีรษะ	82 (20.5)
ท้องผูก	72 (18.0)
ไอ จาม	71 (17.8)
อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย	67 (16.8)
หลงลืม	67 (16.8)
ได้ยินไม่ชัดเจน	52 (13.0)
กลืนปัสสาวะไม่ได้	45 (11.3)
ปัสสาวะลำบาก	14 (3.5)
การบาดเจ็บจากการหกล้ม	38
ผิวหนังถลอก/ฟกช้ำ	12 (31.6)
ปวดเมื่อย	9 (23.7)
กระดูกร้าว/หัก	*8 (21.0)
ไม่บาดเจ็บ	6 (15.8)
ผิวหนังฉีกขาด	2 (5.3)
ฟันหัก	1 (2.6)

*missing case = 1 (ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถสื่อสารได้) **missing case = 3 (ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถขยับน้ำหนัก วัดส่วนสูงได้)

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งรับรู้ว่าคุณภาพระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.1) และมีสุขภาพดีกว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน (ร้อยละ 55.6) โดยร้อยละ 67 มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 22.9) และมีรอบเอวมากกว่าปกติ (ร้อยละ 65.8) ทั้งนี้เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.2) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 49.7) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.3) และอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 72) อย่างน้อย 1 โรค/อาการ โดยโรคและอาการที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.5) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 22.5) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 10.5) อาการเจ็บปวดตามบริเวณต่างๆในร่างกาย (ร้อยละ 39.8) อาการนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท (ร้อยละ 25.8) และอาการเห็นไม้ขีด (ร้อยละ 23.5) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 90.6) และไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ (ร้อยละ 98.7) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยหกล้มมีสาเหตุ 3 อันดับแรก จากการสะดุด (ร้อยละ 28.9) ลื่น (ร้อยละ 15.8) และหน้ามืด (ร้อยละ 13) ตามลำดับ ซึ่งการหกล้ม ทำให้เกิดการบาดเจ็บ 3 อันดับแรก คือ ผิวหนังถลอก/ฟกช้ำ (ร้อยละ 31.6) ปวดเมื่อย (ร้อยละ 23.7) และกระดูกหัก/ร้าว (ร้อยละ 21.0) ตามลำดับ

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (N = 400)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่เคย	บางครั้ง (1-3 ครั้ง/wk)	สม่ำเสมอ (> 3 ครั้ง/wk)
การออกกำลังกาย	68 (17.0)	49 (12.3)	283 (70.8)
การทำงานอดิเรก	225 (56.3)	20 (5.0)	155 (38.7)
การสูบบุหรี่	379 (94.8)	7 (1.8)	14 (3.5)
การดื่มสุรา	383 (95.8)	11 (2.8)	6 (1.5)
การรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ	0 (0)	38 (9.5)	362 (90.5)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่เคย	บางครั้ง (1-3 ครั้ง/wk)	สม่ำเสมอ (> 3 ครั้ง/wk)
การรับประทานผักผลไม้สม่ำเสมอ	1 (0.3)	37 (9.2)	362 (90.5)
การรับประทานยาสมุนไพร	354 (88.5)	16 (4.0)	30 (7.5)
ยาลูกกลอน ยาชุด			
การตรวจสุขภาพประจำปี	299 (74.7)	31 (7.8)*	70 (17.5)**
* 2-3 ปี/ครั้ง ** ทุกปี			

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยรับประทานผักผลไม้สม่ำเสมอ (ร้อยละ 90.5) และได้อาหารเพียงพอกับความต้องการในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอเช่นกัน (ร้อยละ 90.5) ทั้งนี้ส่วนมากออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 70.8) และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.8) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 95.8) และไม่รับประทานอาหารเสริม ยาชุด ยาลูกกลอน (ร้อยละ 88.5) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากยังคงไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 74.7)

2. ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาด้านจิตใจและการทำงานของสมอง

ผลการศึกษาในส่วนนี้ ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า และระดับการรู้คิด ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาด้านจิตใจและการทำงานของสมองปกติ (ร้อยละ 95 และ ร้อยละ 89.7 ตามลำดับ) มีเพียงร้อยละ 1 ที่มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 10.3 ที่เสี่ยงต่อการทำงานของสมองผิดปกติ ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า) และการทำงานของสมอง

ข้อมูลสุขภาพจิตและการทำงานของสมอง	n	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า	399*	95.0
ปกติ (0 - 6 คะแนน)	379	4
น้อย (7 - 12 คะแนน)	16*	1.0
ผิดปกติ (13 – 27 คะแนน)	4	
การทำงานของสมอง	399	89.7
ปกติ (> 8 คะแนน)	358	10.3
เสี่ยงผิดปกติ (< 8 คะแนน)	41	

*missing case = 1 (ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถสื่อสารได้)

3. ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาส่วนนี้ประกอบด้วย ข้อมูลระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula ADL) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (Barthel ADL > 12) (ร้อยละ 96.8) รองลงมาเป็นกลุ่มติดเตียง (Barthel ADL 0-4) (ร้อยละ 2.2) และมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่เป็นกลุ่มติดบ้าน (Barthel ADL 5-11) และเมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula ADL) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้นอกบ้านโดยไม่ต้องพึ่งพา (ร้อยละ 69.2) และร้อยละ 30.8 เป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมนอกบ้าน ดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (N = 400)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (ร้อยละ)
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL)	
พึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน)	9 (2.2)
พึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน)	1 (0.2)
พึ่งพาปานกลาง (9-11 คะแนน)	3 (0.8)
ไม่เป็นภาวะพึ่งพา (> 12 คะแนน)	387 (96.8)
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบต่อเนื่อง (Chula ADL)	
น้อย (0-4 คะแนน)	47 (11.8)
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	76 (19.0)
มาก (9 คะแนน)	277 (69.2)

4. ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาส่วนนี้ประกอบด้วย ข้อมูลภาวะทางเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ดังตาราง 6 ถึง 9

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนเงินโดยประมาณของสภาพการเงินที่ตนรายได้ รายจ่าย

และเงินสะสม (N = 400)

สภาพการเงิน	จำนวนเงินโดยประมาณ					
	< 1,000	1,001-4,000	4,001- 7,000	7,001 - 10,000	>10,000	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
รายได้ของผู้สูงอายุ (บาท/เดือน) (n=400)						
M =9,031 SD = 10,245	51(12.8)	96 (24.0)	76 (19.0)	55 (13.7)		122 (30.5)
Max = 100,000 Min = 0						
รายจ่ายเฉลี่ยที่ต้องรับผิดชอบ (บาท/เดือน) (n=400)						
M = 6,064 SD = 7,471.2	83 (20.8)	113 (28.2)	79 (19.8)	62 (15.5)		63 (15.7)
Max = 98,100 Min = 0						
เงินสะสม (บาท/เดือน) (n=154)						
M =1,753 SD = 4,081.5	51 (33.2)	49 (31.8)	21 (13.6)	23 (14.9)		10 (6.5)
Max = 40,000 Min = 100						
สถานะทางเศรษฐกิจ (n=400)						
พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ	212 (53.0)					
เหลือเก็บ	153 (38.2)					
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม	35 (8.8)					

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 30.5) โดยมีรายได้เฉลี่ย 9,031 บาท ($SD = 10,245$) ขณะที่มีการจ่ายต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,001-4,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 28.2) และมีการจ่ายเฉลี่ย 6,064 บาท ($SD = 7,471.9$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพทางการเงินแบบพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 53) ทั้งนี้ก็ร้อยละ 38.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีเงินพอใช้และเหลือเก็บ โดยมีเงินสะสมต่อเดือนเฉลี่ย 1,753 บาท ($SD = 4,081.5$) และอีกร้อยละ 8.8 มีเงินไม่พอใช้ ต้องมีหนี้สิน

สำหรับการข้อมูลการสนับสนุนด้านผู้ดูแลของผู้สูงอายุนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรเป็นดูแลหลัก (ร้อยละ 83.0) และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 92) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.8 พึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ มีเพียงบางส่วนมีความต้องการการดูแลในเรื่องการเอาใจใส่ และการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 3) ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ (ร้อยละ 86.8) ส่วนมากเป็นบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 76.7) ซึ่งมีบทบาทเป็น สามัญภรรยา (ร้อยละ 39.5) มากที่สุด ในกรณีเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีผู้มาเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ (ร้อยละ 93.0) โดยเกือบครึ่งหนึ่งเป็นญาติ (ร้อยละ 35.2) ดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการสนับสนุนด้านผู้ดูแลของผู้สูงอายุ (N = 400)

การสนับสนุนด้านผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล	
ไม่มี	15 (3.8)
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	385 (96.2)
บุตร	332 (83.0)

การสนับสนุนด้านผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
คู่สมรส	180 (45.0)
ญาติ (หลาน/พี่น้อง)	48 (12.0)
อื่นๆ (เพื่อนบ้าน/อสม./ผู้ดูแลรับจ้าง)	15 (3.8)
การดูแลต่อเนื่องที่ได้รับ	
ไม่มี	24 (6.0)
บุคคลในครอบครัวและต่อเนื่อง	368 (92.0)
บุคคลในครอบครัวแต่ไม่ต่อเนื่อง	8 (2.0)
ความต้องการการดูแล	
ไม่ต้องการ	388 (97.0)
บางครั้ง	6 (1.5)
มาก	6 (1.5)
ความพึงพอใจในการดูแล	
พึงพอใจ	359 (89.8)
ประเมิณไม่ได้	39 (9.8)
ไม่พึงพอใจ	2 (0.5)
บุคคลที่มาเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย	
ไม่มี	28 (7.0)
มี	372 (93.0)
ญาติ	141 (35.2)
เพื่อนและเพื่อนบ้าน	124 (31.0)
บุคคลในครอบครัว	104 (26.0)
อสม.	3 (0.8)
บุคคลที่คุยด้วยเมื่อกังวลใจ	
ไม่มี	53 (13.3)

การสนับสนุนด้านผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
มี	347 (86.8)
บุคคลในครอบครัว	307 (76.7)
สามีภรรยา	158 (39.5)
บุตร	87 (21.7)
พี่น้อง	16 (4.0)
เพื่อน/เพื่อนบ้าน	30 (7.4)
อื่น ๆ (อสม./ศิษยาภิบาล*)	5 (1.1)
*รายที่นับถือศาสนาคริสต์	

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการมีส่วนร่วมกับชุมชน และการร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนา (N = 400)

ประเภทการร่วมกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)
การมีส่วนร่วมกับชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ร่วมงาน/กิจกรรมที่ชุมชนจัด	198 (49.5)
ไม่เคยมีส่วนร่วม	177 (44.3)
ร่วมพบปะพูดคุยกับแกนนำชุมชน	111 (27.7)
ช่วยจัดงาน/กิจกรรม	38 (9.5)
การร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนา	
ร่วม	262 (65.5)
ไม่ร่วม	138 (34.5)

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับชุมชนในระดับที่เป็นผู้ร่วมงานหรือกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น (ร้อยละ 49.5) และกว่าครึ่งหนึ่งเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนา (ร้อยละ 65.5) อย่างไรก็ตาม ยังคงมีกลุ่มตัวอย่างอีกเกือบครึ่งหนึ่งที่ไม่เคยมีส่วนร่วม กับกิจกรรมของชุมชน

ตาราง 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสภาพที่อยู่อาศัย (N = 400)

สภาพที่อยู่อาศัย *	จำนวน (ร้อยละ)
ปลอดภัย	395 (98.8)
คงทนถาวร	393 (98.3)
การระบายอากาศและแสงสว่างพอเหมาะ	389 (97.3)
บริเวณที่จัดเป็นสัดส่วน	388 (97.0)
บริเวณรอบบ้านและในบ้านเป็นระเบียบ	384 (96.0)
สัวยเหมาะสมกับผู้สูงอายุ	326 (81.5)

*คำถามปลายเปิด ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสภาพบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยลักษณะที่มากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ สภาพบ้านคงทนถาวร (ร้อยละ 98.3) มีความปลอดภัยภายในบ้าน (ร้อยละ 98.0) และมีการระบายอากาศและแสงสว่างพอเหมาะ (ร้อยละ 97.3) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อมูลลักษณะการอาศัยในครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล สุขภาพกาย พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพจิตและการทำงานของสมอง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุได้นำมาวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยแยกจำนวนตามบริบท

พื้นที่ และช่วงอายุ เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าสนใจ และมีความเฉพาะเจาะจงขึ้น ดังแสดง
ในตาราง 10 ถึง 14 ลักษณะการอาศัยในครอบครัวและสิทธิการรักษาพยาบาล

ตาราง 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละบริบทพื้นที่ จำแนกตาม
ลักษณะที่อยู่อาศัยในครอบครัว และสิทธิการรักษาพยาบาล (N=400)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)		
	เมือง	กึ่งเมือง	แออัด
ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว			
ร่วมกับสมาชิก < 6 คน	65 (100)	171 (100)	164(100)
ตามลำพังสามี-ภรรยา	47 (72.3)	139 (81.3)	117 (71.3)
ร่วมกับสมาชิก > 6 คน	11 (16.9)	13 (7.6)	25 (15.2)
คนเดียว	5 (7.7)	10 (5.8)	12 (7.3)
คนเดียว	2 (3.1)	9 (5.3)	10 (6.2)
สิทธิการรักษาพยาบาล			
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	46 (70.8)	85 (49.7)	109 (66.5)
ข้าราชการ	17 (26.2)	75 (43.9)	49 (29.9)
ประกันสังคม	1 (1.5)	10 (5.8)	6 (3.6)
ไม่มีสิทธิใด	1 (1.5)	1 (0.6)	0 (0)

จากตาราง 10 จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างในทุกบริบทพื้นที่ ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับ
สมาชิกน้อยกว่า 6 คน ซึ่งเป็นครอบครัวขนาดเล็ก (ร้อยละ 71.3 ถึง ร้อยละ 81.3) แต่ก็ยังมี
ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 3.1 ถึง ร้อยละ 6.2 และยังพบว่าในพื้นที่เขตเมืองและ
แออัดมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังสามี ภรรยา ร้อยละ16.9 และ ร้อยละ15.2 ตามลำดับ

ขณะที่พื้นที่กึ่งเมืองมีสภาพดังกล่าวเพียงครึ่งหนึ่งของอีกสองพื้นที่ข้างต้น (ร้อยละ 7.6) สำหรับ ด้านสิทธิการรักษา พบว่า สิทธิข้าราชการพบในเขตพื้นที่กึ่งเมืองมากที่สุด (ร้อยละ 43.9) พื้นที่เขตเมืองและแออัดมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด (ร้อยละ 70.8 และ ร้อยละ 66.5) ตามลำดับ แต่ยังมีผู้สูงอายุเพียง 1 ราย ในเขตพื้นที่เมือง (ร้อยละ 0.6) และเขตกึ่งเมือง ร้อยละ 1.5 ที่ยังไม่มีสิทธิการรักษาใด

สุขภาพกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากในทุกบริบทพื้นที่และทุกช่วงอายุมีภาวะอ้วน (ร้อยละ 61.7 ถึง ร้อยละ 69.9) ผู้สูงอายุในเขตเมือง และผู้สูงอายุวัยกลางส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.1 และร้อยละ 82.8 ตามลำดับ) ทั้งนี้ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีปัญหาการนอนหลับมากที่สุด (ร้อยละ 43) อีกทั้งมีปัญหาการหกล้ม และเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 13.8 และ 6.15 ตามลำดับ) ดังตาราง 11

ตาราง 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุและบริบทพื้นที่ จำแนกตามข้อมูล ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ (n = จำนวน ตัวอย่าง)	บริบทพื้นที่				อายุ	
	เมือง	กึ่งเมือง	แออัด	วัยต้น	วัยกลาง	วัยปลาย
ดัชนีมวลกาย (กก./ม2) (n = 397)*	(n =63)	(n=170)	(n=164)	(n=206)	(n=139)	(n=52)
ต่ำกว่ามาตรฐาน (< 18.5)	2(3.2)	9(5.3)	7(4.3)	5(2.4)	9(6.5)	4(7.7)
ปกติ (18.5-22.9)	19(30.2)	48(28.2)	46(28.1)	57(27.7)	44(31.7)	12(23.1)
อ้วน (>23)	42(66.6)	113(66.5)	111(67.6)	144(69.9)	86(61.7)	36(69.2)
โรคประจำตัว (n = 400)	(n=65)	(n=171)	(n=164)	(n=206)	(n=141)	(n=53)

ภาวะสุขภาพ (n = จำนวน ตัวอย่าง)	บริบทพื้นที่			อายุ		
	เมือง	กึ่งเมือง	แออัด	วัยต้น	วัยกลาง	วัยปลาย
ไม่มี	11(16.9)	42(24.6)	46(28.1)	68(33.0)	20(14.2)	11(20.8)
มี	54(83.1)	129(75.4)	118(71.9)	138(66.9)	121(85.8)	42(79.2)
ปัญหาการนอนหลับ (n = 400)	(n=65)	(n=171)	(n=164)	(n=206)	(n=141)	(n=53)
ไม่เคย	37(56.9)	133(77.8)	123(75.0)	153(74.3)	106(75.2)	34(64.2)
นานๆครั้ง	14(21.6)	15 (8.8)	16(13.0)	30(14.6)	8(5.7)	7(13.2)
เป็นประจำ	14(21.5)	23(13.4)	25(12.0)	23(11.1)	27(19.1)	12(22.6)
การหกล้ม (n = 400)	(n=65)	(n=171)	(n=164)	(n=206)	(n=141)	(n=53)
เคย >3 ครั้ง	2(3.0)	1(0.5)	0	1(0.5)	2 (1.4)	0
ไม่เคย	61(93.9)	171(100)	163(99.4)	202(98.1)	140(99.3)	53(100)
เคย	4(6.1)	0	1(0.6)	4(1.9)	1(0.7)	0

*missing case = 3 (ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถซึ้หน้าหนัก วัดส่วนสูงได้)

พฤติกรรมสุขภาพ

ผู้สูงอายุเขตเมือง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ น้อยที่สุด (ร้อยละ 66.1) และมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มสุรามากที่สุด (ร้อยละ 7.7) โดยมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุในเขตกึ่งเมืองและแออัดถึง 2 เท่า นอกจากนี้ กลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมืองและกึ่งเมืองมีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ในระดับใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 6.2 และ ร้อยละ 6.4) ในขณะที่พื้นที่แออัดมีพฤติกรรมดังกล่าวเพียงครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 3.6) ดังตาราง 12

ตาราง 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุและบริบทพื้นที่
จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ (N=400)

พฤติกรรมสุขภาพ	บริบทพื้นที่			ช่วงอายุ		
	เมือง (n=65)	กึ่งเมือง (n=171)	แออัด (n=164)	วัยต้น (n=206)	วัยกลาง (n=141)	วัยปลาย (n=53)
การออกกำลังกาย						
ไม่เลย	12(18.5)	29(16.9)	27(16.5)	28(13.6)	24(17.0)	16(30.2)
บางครั้ง	10(15.4)	17(9.9)	22(13.4)	25(12.1)	19(13.5)	5(9.4)
สม่ำเสมอ	43(66.1)	125(73.2)	115(70.1)	153(74.3)	98(69.5)	32(60.4)
การดื่มสุรา						
ไม่เลย	60 (92.3)	165(96.5)	158(96.4)	192(93.2)	138(97.9)	53(100)
บางครั้ง	3(4.6)	4(2.3)	4(2.4)	9(4.4)	2(1.4)	0
สม่ำเสมอ	2(3.1)	2(1.2)	2(1.2)	5(2.4)	1(0.7)	0
การสูบบุหรี่						
ไม่เลย	61 (93.8)	160(93.6)	158(96.4)	191(92.7)	137(97.2)	51(96.2)
บางครั้ง	0	4(2.3)	3(1.8)	5(2.4)	2(1.4)	0
สม่ำเสมอ	4(6.2)	7(4.1)	3(1.8)	10(4.9)	2(1.4)	2(3.8)

สุขภาพจิตและการทำงานของสมอง

ผู้สูงอายุในทุกบริบทพื้นที่และทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 93.8 ถึง ร้อยละ 96.3) แต่ก็ยังมีร้อยละ 0.58 ถึง ร้อยละ 2.1 ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ถึง มาก และร้อยละ 2.9 ถึง 35.8 ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ดังตาราง 13

ตาราง 13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุและบริบทพื้นที่
จำแนกตามภาวะซึมเศร้า และการทำงานของสมอง

ภาวะสุขภาพ (n = 399)	บริบทพื้นที่			ช่วงอายุ		
	เมือง (n=64)	กึ่งเมือง (n=171)	แออัด (n=164)	วัยต้น (n=206)	วัยกลาง (n=140)	วัยปลาย (n=53)
ภาวะซึมเศร้า						
ปกติ	60(93.8)	161(94.2)	158(96.3)	196(95.1)	132(94.3)	51(96.2)
น้อย	3(4.7)	9(5.3)	4(2.4)	9(4.4)	4(2.9)	2(3.8)
ปานกลาง	1(1.5)	0	2(1.3)	0	3(2.1)	0
มาก	0	1(0.5)	0	1(0.5)	0	0
การทำงานของ สมอง						
ปกติ	53(82.8)	151(88.3)	154(93.9)	200 (97.1)	124(88.6)	34(64.2)
เสี่ยงผิดปกติ	11(17.2)	20(11.7)	10(6.1)	6(2.9)	16(11.4)	19(35.8)

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงพบในพื้นที่เขตกึ่งเมืองมากที่สุด (ร้อยละ 1.8 และร้อยละ 4.0 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันนอกบ้าน พบว่า ไม่มีความต่างในแต่ละบริบทพื้นที่ แต่เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้สูงอายุวัยปลายสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมนอกบ้านได้น้อยที่สุด (ร้อยละ 32.1)

ดังตาราง 14

ตาราง 14 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุและบริบทพื้นที่
 จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (N=400)

ภาวะสุขภาพ	บริบทพื้นที่			ช่วงอายุ		
	เมือง	กึ่งเมือง	แออัด	วัยต้น	วัยกลาง	วัยปลาย
	(n=65)	(n=171)	(n=164)	(n=206)	(n=141)	(n=53)
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL)						
ติดสังคม (> 12 คะแนน)	62 (95.4)	161(94.2)	164 (100)	202 (98.2)	137 (97.2)	47 (88.6)
ติดบ้าน (5-11 คะแนน)	1 (1.5)	3 (1.8)	0	2 (0.9)	0	3 (5.7)
ติดเตียง (0-4 คะแนน)	2 (3.1)	7 (4.0)	0	2 (0.9)	4 (2.8)	3 (5.7)
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบต่อเนื่อง (Chula ADL)						
น้อย (0-4 คะแนน)	5 (7.7)	29 (16.9)	13 (7.9)	8 (3.9)	19 (13.5)	20 (37.7)
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	17 (26.2)	25 (14.6)	34 (20.7)	81 (39.3)	39 (27.7)	16 (30.2)
มาก (9 คะแนน)	43 (66.1)	117(68.5)	117 (71.4)	117 (56.8)	83 (58.8)	17 (32.1)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาได้นำมาอภิปรายตามลำดับ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ 2) ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ทั้ง 4 มิติ (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและการทำงานของสมอง ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น เพศหญิงมากกว่าชาย และมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศ พ.ศ. 2557 (National Statistical Office, 2014) โดยมีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 60) และส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ (ร้อยละ 87) ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 ที่พบว่า ผู้สูงอายุรุ่นหลังได้รับการศึกษามากกว่าผู้สูงอายุในอดีต (Prachuabmoh, 2012) อีกทั้งปัจจุบัน เป็นยุค ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้หลายทาง ทั้งการเข้ารับ การศึกษาในระบบการศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) หรือการเรียนรู้ผ่านสื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยเพื่อการ สื่อสารได้ ส่วนด้านการทำงาน พบว่า กว่าครึ่งหนึ่ง ไม่ได้ทำงานอาชีพ (ร้อยละ 54) ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2556 ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 64 ไม่ได้ทำงานแล้ว (Prasartkul, 2014) ทั้งนี้เป็นเพราะแรงงานสูงอายุเป็นที่ต้องการ ของตลาดแรงงานน้อยลงในแง่ของความคุ้มค่า

เมื่อพิจารณาในแต่ละบริบทพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในทุกพื้นที่ของ หาดใหญ่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 71.3 ในพื้นที่แออัด ร้อยละ 72.3 ในพื้นที่เขตเมือง และร้อยละ 81.3 ในพื้นที่กึ่งเมือง) ซึ่งบ่งบอกว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่ได้ใช้ชีวิตตามลำพัง ยังมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ แต่ก็ยังมี ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (ร้อยละ 3.1 ในพื้นที่เขตเมือง ร้อยละ 5.3 ในพื้นที่กึ่งเมือง และ ร้อยละ 6.2 ในพื้นที่แออัด) และยังพบว่าในพื้นที่เขตเมืองและแออัดมีผู้สูงอายุที่อยู่ตาม ลำพังสามีกับภรรยามากถึง ร้อยละ 16.9 ในเขตเมือง และ ร้อยละ 15.2 ในเขตแออัด ตามลำดับ ในขณะที่พื้นที่กึ่งเมืองมีสภาพดังกล่าวเพียงครึ่งหนึ่งของอีกสองพื้นที่ข้างต้น

(ร้อยละ 7.6) นั่นอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่แออัด ส่วนใหญ่เป็นผู้ย้ายถิ่นมาเป็นแรงงานตั้งแต่วัยหนุ่มสาว แต่ในเขตพื้นที่กึ่งเมือง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีถิ่นกำเนิดดั้งเดิม โดยเป็นคนในพื้นที่ มีที่ดินเป็นของตนเอง มีลูกหลานและญาติพี่น้องอยู่ร่วมเป็นครอบครัวขยาย ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่คนเดียว หรืออยู่เพียงลำพังสามีกับภรรยา จึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น การเกิดอุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้า รายได้ไม่เพียงพอ และการเข้าถึงการบริการสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จึงควรให้ความสำคัญในการประเมินปัญหา เพื่อให้ความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นอันดับต้นๆ

นอกจากนี้ ด้านสิทธิการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิข้าราชการพบในเขตพื้นที่กึ่งเมืองมากที่สุด (ร้อยละ 43.9) เนื่องจากเขตกึ่งเมือง เป็นส่วนที่อยู่รอบนอกสุดของเมืองขนาดใหญ่ มีลักษณะเป็นที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอดีตข้าราชการ หรืออยู่ร่วมกับบุตรที่เป็นข้าราชการ คนกลุ่มนี้จึงไม่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 0.6 (เขตกึ่งเมือง) ถึงร้อยละ 1.5 (เขตเมือง) ที่ยังไม่มีสิทธิการรักษาใด ดังนั้น เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ควรดำเนินการค้นหาบุคคลกลุ่มนี้ เพื่อประเมินปัญหา และให้ความช่วยเหลือโดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้เข้าถึงสิทธิเบื้องต้นในการรักษาพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและเท่าเทียม

ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพิงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยที่พบว่า กว่าครึ่งรับรู้ว่ามีสุขภาพระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.1) และมีสุขภาพดีกว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน (ร้อยละ 55.6) สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องพรรณ และคณะ (2555) ที่พบว่า ร้อยละ 60.7 ของผู้สูงอายุในชุมชนประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองในระดับปานกลาง และร้อยละ 59.7 คิดว่าภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่าคนอื่น

ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายยังมีไม่มากเท่าผู้สูงอายุวัยกลางและปลาย กอปรกับยังคงสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ดี แม้ไม่เท่ากับวัยหนุ่มสาว จึงคิดว่าสุขภาพตนเองยังอยู่ในระดับปานกลาง นั่นคือไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัว แต่ควบคุมได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แม้จะไม่แข็งแรงเช่นในสมัยวัยหนุ่มสาว ขณะที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (ร้อยละ 90.5) อันเป็นไปในแนวทางเดียวกับผลการสำรวจสุขภาพะผู้สูงอายุไทยปี 2556 ที่พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารผักผลไม้ และดื่มน้ำเพียงพอในแต่ละวัน (Daungthipsirikul et al, 2014) แต่ก็ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (มากกว่าร้อยละ 60) ในทุกบริบทพื้นที่ และทุกช่วงอายุมีภาวะอ้วน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตเมืองและผู้สูงอายุวัยกลาง ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย (เขตเมือง ร้อยละ 83.1 และผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 85.8) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนและมีโรคประจำตัวมาก่อน จากนั้นจึงมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ (ร้อยละ 79) โดยเฉพาะโครงการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ หรือการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ

ภาวะสุขภาพและภาวะพึงพาด้านจิตใจและการทำงานของสมอง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตและการทำงานของสมองปกติ (ร้อยละ 95 และ ร้อยละ 89.7 ตามลำดับ) มีเพียงร้อยละ 1 ที่มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 10.3 ที่เสี่ยงต่อการทำงานของสมองผิดปกติ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (ร้อยละ 11.4) และวัยปลาย (ร้อยละ 35.8) ที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม แม้ว่าโดยทั่วไปภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Aroonsang, 2011a) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ที่มีการเปลี่ยนแปลง

ทางด้านร่างกายและสังคมไม่มากนัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ นั้น มีความเกี่ยวพันโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมของผู้สูงอายุ (Department of Medical Services, 2006) จึงมักพบว่า เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการทำงานของสมองมากขึ้นตามลำดับ (Choorat, Sawangdee, & Arunraksombat, 2012)

ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (Barthel ADL > 12) (ร้อยละ 96.8) รองลงมาเป็นกลุ่มติดเตียง (Barthel ADL 0-4) (ร้อยละ 2.2) และมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่เป็นกลุ่มติดบ้าน (Barthel ADL 5-11) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น จึงยังคงมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้อยู่ (Suwannaruj, 2012; Rakchanyaban et al, 2009) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula ADL) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านได้โดยไม่ต้องพึ่งพา (ร้อยละ 69.2) และร้อยละ 30.8 เป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมนอกบ้าน ซึ่งกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากที่สุดคือ การเดินทาง หรือใช้บริการขนส่งสาธารณะ (ร้อยละ 27) รองลงมาคือ การเดินนอกบ้าน (ร้อยละ 15.7) ทั้งนี้เพราะระบบขนส่งสาธารณะในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ยังไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะรถตุ๊กตุ๊กและรถสองแถว ซึ่งมีทางขึ้นชัน ทำให้ผู้สูงอายุก้าวขึ้นรถลำบาก ทั้งยังไม่มีทางลาดที่ช่วยให้สามารถบังคับรถขึ้นลงเองได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมที่จำเป็นนอกบ้าน จากการศึกษาส่วนนี้ทำให้เห็นว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มติดบ้าน (Barthel ADL 5-11) มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น แต่ร้อยละ 30.8 ยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการใช้ชีวิตนอกบ้าน ซึ่งต้องได้รับการดูแลเหมือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเช่นกัน

ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพิงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (ภาวะทางเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ) ดังผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 9,031 บาท (SD = 10,245) ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน (Office of the National Economics and Social Development Board, 2013) ขณะที่มีการจ่ายต่อเดือนเฉลี่ย 6,064 บาท (SD = 7,471.9) จะเห็นได้ว่าถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีรายได้เฉลี่ยสูง แต่ก็มีการจ่ายที่สูงตามไปด้วย ทั้งนี้เพราะการใช้ชีวิตในเมืองใหญ่มีค่าครองชีพสูง จึงพบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีสถานภาพทางการเงินแบบพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 53) นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะลักษณะของครอบครัวไทยที่ผู้อาวุโสในครอบครัว มักจะต้องให้การสนับสนุนสมาชิกในครัวเรือน โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถหารายได้เลี้ยงชีพด้วยตัวเองได้อย่างเพียงพอ

ถึงแม้ว่าจากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2557 จะพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุขาดแหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแลจากครอบครัว แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีบุตรเป็นดูแลหลัก (ร้อยละ 83.0) และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 92) รวมทั้งยังมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ (ร้อยละ 86.8) ซึ่งส่วนมากเป็นบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 76.7) ที่มีบทบาทเป็นสามีภรรยา (ร้อยละ 39.5) มากที่สุด เนื่องจากร้อยละ 63.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ อีกทั้งสามีภรรยาที่ได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันเป็นเวลานาน มีความผูกพัน เข้าอกเข้าใจซึ่งกันและกัน ทำให้ง่ายต่อการพูดคุยปรึกษา และการที่มีบุคคลคอยรับฟังเมื่อมีความกังวลใจจะช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลงได้

สำหรับผลการวิจัยที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับชุมชน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับชุมชนในระดับที่เป็นผู้ร่วมงานหรือร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น (ร้อยละ 49.5) มีเพียงร้อยละ 9.5 ที่เป็นผู้นำหรือแกนนำในการจัดกิจกรรมของชุมชน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งในบ้านและการเดินทางออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ทั้งนี้อาจเพราะสังคมไทย ยังมีความเชื่อเรื่องระบบอุปถัมภ์หรือระบบพวกพ้อง ผู้ที่จะเป็นตัวแทนหรือผู้นำในกิจกรรมต่างๆต้องเป็นคนท้องถิ่นที่เป็นที่ยอมรับในพื้นที่ (Wiruchnipawan, 2011) แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.8 ไม่ใช่คนท้องถิ่นเดิมในเมืองหาดใหญ่ จึงอาจไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน อีกทั้งร้อยละ 71.3 มีระดับการศึกษาต่ำกว่า มัธยมศึกษา อาจทำให้ไม่มั่นใจในศักยภาพของตนเองที่จะอาสาเข้ามาเป็นผู้นำกิจกรรมของชุมชนนัก นอกจากนี้ การเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมยังต้องมีความพร้อมทั้งเรื่องรายได้ และเวลา แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.8 ยังมีสภาพการเงินเพียงพอและไม่เหลือเก็บ อีกทั้งยังมีภาระทางครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นจิตอาสา หรือออกมาช่วยจัดกิจกรรมชุมชนน้อย

ในด้านสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาพบ้านที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ ซึ่งลักษณะบ้านที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ สภาพบ้านคงทนถาวร (ร้อยละ 98.3) มีความปลอดภัยภายในบ้าน (ร้อยละ 98.0) และมีการระบายอากาศและแสงสว่างพอเหมาะ (ร้อยละ 97.3) แสดงถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มและอุบัติเหตุ อันเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละ 18.5 ไม่มีส้วมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้มักเป็นผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (ร้อยละ 5.3) หรืออยู่ตามลำพังสามเณร (ร้อยละ 12.3) และไม่ได้มีกรรมสิทธิ์เป็นเจ้าของบ้าน เช่น เป็นบ้านเช่า บ้านญาติ หรือ

เป็นการสร้างบ้านบนที่ดินของบุคคลอื่น เป็นต้น อีกทั้งร้อยละ 8.8 ยังมีสภาพการเงินที่ไม่เพียงพอ ต้องหยิบยืมผู้อื่น จึงทำให้ไม่มีกำลังพอในการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้เกี่ยวข้องในการนำไปใช้

ด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำผลการศึกษาในส่วนภาวะสุขภาพไปใช้ ทั้งในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของคนในชุมชนเมือง และสนองตอบต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุขของเทศบาล สามารถนำเครื่องมือสำรวจในการวิจัยนี้ ไปใช้ในการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และต่อยอดการพัฒนา เช่น ระบบฐานข้อมูลภูมิสารสนเทศ (GIS) ที่สามารถใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การปกครองท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และเครือข่ายผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ไปใช้เป็นฐานในการจัดทำแผนพัฒนาระบบการจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของคนในชุมชนเมืองต่อไป

ด้านการวิจัย

1. ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการทำวิจัยเชิงลึกในแต่ละด้านของภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง หรือการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชนเมือง เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองแบบเบ็ดเสร็จต่อไป

2. รูปแบบการศึกษาครั้งนี้จะนำไปเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ และภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตเมืองพื้นที่อื่น เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

References

- Aroonsang, P. (2011a). *Health assessment in older adults for nurses*. Khonkaen: Klangnanawittaya. [In Thai]
- Aroonsang, P. (2011b). *Nursing of elderly's problems*. Khonkaen: Klangnanawittaya.
- Assantachai, P. (2011). *The basic principles of geriatrics*. In Prasert, A. (Ed.). *The common Health problems in elderly and prevention* (p.1-13) (3rd ed.). Bangkok: Union Creation. [In Thai]
- Bureau of Registration Administration Hat Yai Municipality. (2016). *House statistics from household registration and population statistics detail of local information of Hat Yai Municipality in September 2016*. [In Thai]
- Boongird, C. (2009). Comprehensive geriatric assessment (CGA): How to change the system of primary care. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine*, 32, 32-36. [In Thai]
- Boonthamcharen, K. (2009). *Dependency of the elderly*. In Wichawut, Ch., and Thanaviriyakul, S. (Eds.). *Long term care system and health care team for elderly: Thai setting*. (p.1-12). Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. [In Thai]

- Choorat, W., Sawangdee, Y., & Arunraksombat, S. (2012). Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. *The Thai Population Journal*, 3(2), 87-96. [In Thai]
- Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services. (2005). *Interdisciplinary Elderly Medical Care*. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation Of Thailand., LTD. [In Thai]
- Jitapunkul, S. (1998). *Principles of geriatric medicine*. Bangkok: CU Print. [In Thai]
- Kongthong, M. (2011). *Quality of life of the elderly: A case study in the railway community in Hat Yai Municipality*. (Unpublished master's minor thesis), Prince of Songkla University, Songkhla Province. [In Thai]
- National Statistical Office. (2014). *Preliminary reports: Survey of elderly in Thailand 2014*. Bangkok: National Statistical Office. [In Thai]
- Office of the National Economics and Social Development Board. (2013). *Population Projections for Thailand 2010-2040*. Bangkok: Deuantoola. [In Thai]
- Pothiban, L., Wathisunthon, M., & Pan-uthai, S. (2010). *Development of the older people dependency screening tool for village health volunteers*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. [In Thai]

- Prachuabmoh, V. (2012). *Annual report on the situation of the elderly in Thailand 2011* (p.1-96). Bangkok: Phongphanich Chraenphol Co., Ltd. [In Thai]
- Prasartkul, P. (2014). Situation of the Thai elderly in 2013. In Rittirong, J., Chuanwan, S., Kanchanachitra, M., Jaratsit, S., Katewongsa, P., Thianlai, K., Mathuam, Ch., & Aruntippaitune, S. (Eds.), *Situation of the Thai Elderly in 2013* (p.1-119). Bangkok: Ammarin Printing and Publishing. [In Thai]
- Rakchanyaban, U., Vapattanawong, P., Prasartku, P., Porapakkham, Y., & Aekplakorn, W. (2009). Disability and risk factors of disability among the Thai older population. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15, 111-125. [In Thai]
- Rubenstein, L. V., Calkins, D. R., Greenfield, S., Jette, A. M., Meenan, R. F., Nevins, M. A. Williams, M. E. (1989). Health status assessment for elderly patient's report of the society of general international medicine task force on health assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 562-568.
- Yamane (1973, as cited in Srisatidnarakul, B., 2010). *The methodology in nursing research*. (5thed.). Bangkok: U&I Inter Media. [In Thai]
- Srithamrongsawat, S., Boontham Charen, K. (2010). *Synthesis of longterm care system for the elderly in Thailand*. Bangkok: T.Q.P. [In Thai]

- Suwannaruj, D. (2012.). Indicating factors of disability differences: Female and male Thai Elderly. *Journal of Social Development*, 14, 1-18.
[In Thai]
- Thongdee, J., Rongmuang, D., & Nakchattri, C., (2013). Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 22, 88-99. [In Thai]
- United Nation. (2002). *World population ageing: 1950-2050*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Retrieved from <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>.
- Wiruchnipawan, W. (2011). *Analyzing the characteristics of Thais as obstacles to the development of the country*. Retrieved from <http://www.pattanakit.net/index>.